

APROSS (Ex - IPAM)

Administración Provincial del Seguro de Salud

1. AMBITO DE APLICACIÓN:

- | | | |
|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Córdoba | <ul style="list-style-type: none"> • Buenos Aires | |
|---|--|--|

2. DESCUENTOS

Los descuentos se efectúan sobre el precio de venta al público sugerido por el laboratorio productor vigente al día del expendio, que figuran en el Manual Farmacéutico o Agenda Kairos.

Plan:	A cargo del afiliado:	A cargo de la entidad:
Ambulatorio (los porcentajes varían de acuerdo con los productos y sus categorías farmacológicas).	70%	30%
	50%	50%
	0%	100% "Sólo para beneficiarios identificados en el padrón del APROSS como pacientes crónicos (Diabetes, Hipertensión, Epilepsia y/u otras patologías)". Esta cobertura será autorizada por el sistema de validación On Line.
PMI (Plan Materno Infantil)	0%	100% (Leches y medicamentos cubiertos según punto 7)

Planes Especiales (RECETARIOS AMARILLOS):

Solicitar por fax medicamentos al:

- 011-4902-9881 (todos menos Insulinas)
- 0351-468-9600 (Insulinas)

3. REQUISITOS DE LA RECETA:

Tipo de Recetario:	Oficial (Ver Anexo: Modelo de Recetario). La receta oficial para uso exclusivo de ambulatorios es de color blanco grisáceo. Toda receta distinta a la Oficial será debitada.
Datos contenidos en la receta: (Los datos escritos por el profesional deberán presentar la misma tinta tanto en la prescripción como en la firma)	Denominación de la entidad (Figura preimpresa en la receta)
	Nombre, Apellido del afiliado y Número de afiliación.
	Sexo y edad del afiliado.
	Fecha de emisión de la receta.
	<ul style="list-style-type: none"> - Firma y sello aclaratorio del profesional. - Sello de la Institución (En caso de que corresponda). IMPORTANTE: En caso de que la receta cuente con el sello de una institución habilitada deberá ingresar el código correspondiente (ver listado de instituciones que se adjunta) al sistema de validación On Line.
	Detalle de los medicamentos
	Cantidades de los medicamentos en números y letras
Diagnóstico: puede figurar el/ los diagnóstico/s del paciente, codificado según la clasificación CIE10, o escrito en letras.	
Validez a) para la venta:	30 (treinta) días a partir de la fecha de emisión e incluyendo la misma.

b) para la presentación:	60 (sesenta) días corridos, a partir de la fecha de venta e incluyendo la misma.	
c) Para la refacturación:	30 (treinta) días corridos a partir de haber recibido la liquidación. <u>RECORDAR QUE LOS DEBITOS SON NO REFACTURABLES, SALVO ERRORES INHERENTES A LA AUDITORIA.</u>	
Cantidad máxima de Medicamentos y de envases por receta:	Tratamiento Normal: <i>hasta 2 (dos) productos y/o medicamentos diferentes por receta y hasta 1 (uno) envase por cada producto.</i>	
	Tratamiento prolongado: solo en recetas con medicamentos para pacientes crónicos con cobertura del 100%, se dispensará lo indicado por el profesional.	
Contenidos máximos de cada medicamento según su tamaño:	Tamaño especificado: Lo requerido en la receta.	
	Tamaño no especificado: Vender la menor presentación.	
	Especifica "grande": Vender la presentación siguiente a la de menor tamaño.	
Antibióticos inyectables:	<u>Monodosis</u> : hasta 5 (cinco) ampollas individuales por receta. <u>Multidosis</u> : hasta 1 (uno) envase por receta.	
Psicofármacos:	Lista II (receta oficial):	Receta de Salud Pública Receta adjunta de la institución.
No se aceptan fotocopias de recetas.	Lista III y IV (receta archivada):	Receta oficial por duplicado, con sello y firma del médico, aún estando el sello impreso.
4. REQUISITOS DEL AFILIADO:		
Deberá presentar:	Credencial de afiliación en vigencia. En la validación on line ingresar todos los dígitos sin guiones ni barras. Para la atención de los beneficiarios que no se encuentran en el padrón vigente, los mismos deberán presentar una constancia de afiliación extendida por el APROSS. Dicha constancia se deberá adjuntar a la receta para la presentación Receta correspondiente.	
5. REQUISITOS DE CONFORMIDAD PARA EL EXPENDIO:		
La farmacia deberá cumplimentar lo siguiente:	Abrochar el troquel con su código de barras o la solapa identificatoria de cada uno de los productos vendidos, en el mismo orden en que fueron prescriptos. Si el producto no tuviera troquel, colocar la sigla S/T. Fecha de dispensación Código de la farmacia Importes unitarios, totales y porcentaje a cargo de la entidad. Cantidades entregadas de cada medicamento prescripto. Firma del afiliado y aclaración, domicilio, teléfono y documento (tipo y N°): deberá efectuarse en el comprobante de venta y en la receta. Firma del tercero interviniente, aclaración de firma, domicilio, teléfono y número de documento de identidad, el cual deberá ser exhibido: deberá efectuarse en el comprobante de venta y en la receta. Copia del comprobante fiscal emitido por el controlador fiscal. No se aceptarán otros documentos sin valor fiscal como los presupuestos, los tickets emitidos por el sistema de validación on line o por los sistemas de administración de farmacias, ni aquellos comprobantes que carezcan en el extremo inferior izquierdo de la sigla CF DGI. Sello de la farmacia y firma del farmacéutico director técnico.	
6. ENMIENDAS:		
Recordar:	Las correcciones y enmiendas a la receta deberán estar salvadas por	

el profesional médico con su sello y firma, cuando éstas fueran realizadas en los datos escritos por el médico. El farmacéutico podrá salvar el número de afiliado mal escrito, o el nombre y apellido del afiliado escrito con error.

Carecerán de valor las salvedades y/o correcciones en la fecha de venta ya que se tomará como válida la fecha de venta que figure en el comprobante fiscal de venta, así como también cualquier otra salvedad en % de descuentos o en otros ítems. Se considerará como válido lo documentado en el comprobante de venta.

7. PLAN MATERNO INFANTIL – PMI (100% de descuento)

EMBARAZO: cobertura 100% en medicamentos desde el 3° mes del embarazo hasta 2 (dos) semanas pasado el parto

EMBARAZO DE ALTO RIESGO: cobertura 100% en medicamentos desde el 1° mes del embarazo hasta 2 (dos) semanas pasado el parto

NIÑOS HASTA UN (1) AÑO:

- **MEDICAMENTOS:** cobertura al 100% desde su nacimiento hasta que cumple los 12 meses.
- **LECHES:** Cuando se trata de dispensa de leches a afiliados menores de un año, es indispensable que en la receta figure la edad en meses y en que cantidad, para poder identificar si corresponde o no la dispensa de las mismas.

1. **ANTI-REFLUJO Y PREMATUROS:** cobertura al **100%** desde el **1° mes de vida hasta el 3° mes**. Cantidad máxima: hasta **4 kg mensuales**

2. **MEDICAMENTOSAS:** cobertura al **100%** desde el **nacimiento hasta los 12 meses**. Cantidad máxima: hasta **4 kg mensuales**

2. **MATERNIZADAS:** cobertura al **50%** desde el **3° mes de vida hasta el 6° mes** . Cantidad máxima: hasta **2 kg mensuales**.

8. VALIDACIÓN ON LINE

- Todas las recetas deben ser validadas por medio del Sistema de Validación y Registro de Transacciones designado. Es obligatorio transaccionar on line las recetas de PMI, tanto para el hijo como para la madre.
- Es obligatorio cumplir con el cierre de lote a través de Internet.
- Este sistema valida en tiempo real el estado del afiliado, el prestador/ efector y la prestación farmacéutica.
- Las farmacias deberán Validar on line a través de Sistemas de facturación On Line Homologados, Programa Stand Alone que permitan la carga de la receta, Página Web, POS, IVR y/o Call Center solamente para el caso de contingencias.
- El sistema OnLine devolverá al farmacéutico el resultado de la transacción de modo tal de informarle si ésta ha sido aceptada o no.
- También informará si debe realizarse algún LLAMADO O CONSULTA a un centro de autorizaciones/ auditoría, dado que se validan los consumos del afiliado.
- Asimismo, la farmacia podrá ser llamada desde un CENTRO DE AUTORIZACIONES/ AUDITORÍA si el caso lo requiriera, recibiendo instrucciones acerca de los procedimientos a seguir en estos casos.

9. AUTORIZACIONES:

Profesionales autorizados a firmar Ampliación de Cobertura Resolución 120/07 (40/05)	Profesionales autorizados a firmar AMPAROS
Ing. Fernando Castellano	Ing. Fernando Castellano
Dra. Lucila Pautasso	Dra. Lucila Pautasso
Dra. Marcela Bencivenga	Dra. Marcela Bencivenga
Dr. Hernán Juárez	Dr. Hernán Juárez
Dra. Patricia Acosta	Dra. Ma. Alejandra Giadas
Dra. Silvana Colazo	Dr. Matías Inaudi
Dra. Gabriela Cuevas	Dra. Andrea Castanié Isola
Dra. Ma. Alejandra Giadas.	
Dr. Matias Inaudi	
Dra. Gabriela Ferrer	
Dra. Isabel Bencivenga	
Dra. Andrea Castanié Isola	

10. CONSULTAS:**IMPORTANTE:**

- Por cualquier consulta relacionada al sistema de validación ONLINE llamar la Mesa de Ayuda de Imed al **0810-122-7427**. Horario de atención: Lunes a Viernes de 8 a 20 hrs. Sábados de 9 a 13 hrs.
- Por otras consultas relacionadas a la Norma Operativa y/o, Productos llamar a su entidad agrupante (Colegio, Cámara, Asociación, Agrupación, etc.).

11. INCLUSIONES A LA COBERTURA BRINDADA POR LA ENTIDAD:**INCLUSIONES:**

Consultar Listado detallado de cobertura de productos que se actualizará mensualmente.

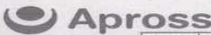


ANEXOS

Anexo 1 - Modelo de Credencial Vigente:

IPAM GOBIERNO DE CORDOBA INSTITUTO PROVINCIAL DE ATENCION MEDICA					
AFILIADO N° 1-06664457-00-3-8					
GASSER RAUL <small>APELLIDO Y NOMBRE</small>					
00 1-06664457 Azul <small>N° DE DOCUMENTO</small>					
<small>CARENCIAS (VER AL DORSO)</small>			<small>FECHA DE VENCIMIENTO</small>		
NO	NO	NO	03	12	2006
<small>TIPO A</small>	<small>TIPO B</small>	<small>TIPO C</small>	<small>DÍA</small>	<small>MES</small>	<small>AÑO</small>
0600 00000000 20001204 089290					

Anexo 2- Modelo de Recetarios

Recetario Ambulatorio.

 PLAN AMBULATORIO		SERIE RECETARIO NRO:  1001880000127	
ADMINISTRACION PROVINCIAL DE SEGURO DE SAUD OBRA SOCIAL	CODIGO ENTIDAD APROSS	NOMBRE DEL PROFESIONAL O INSTITUCION APROSS	
APELLIDO Y NOMBRES DEL BENEFICIARIO			
NUMERO DE AFILIADO	CAT	CODIGO FARMACIA	NRO. DE ORDEN
EDAD	SEXO (M F)	PESO	TALLA
FECHA DE EMISION		FECHA DE DISPENSACION	
Rp/1. DENOMINACION COMUN INTERNACIONAL (DCI) SUGERENCIA DE MARCA	CANT. RECETADA EN LETRAS EN NROS.	CANT. ENTR. PRECIO UNITARIO TOTAL	% A/C OBRA SOCIAL
Rp/2. DENOMINACION COMUN INTERNACIONAL (DCI) SUGERENCIA DE MARCA	CANT. RECETADA EN LETRAS EN NROS.	CANT. ENTR. PRECIO UNITARIO TOTAL	% A/C OBRA SOCIAL
CODIGO	DIAGNOSTICO		
Las Marcas Comerciales indicadas.....podrán ser sustituidas. JUSTIFICO POR: (indicar con X o agregar)			
<input type="checkbox"/> Conocimiento de tolerancia y resultados <input type="checkbox"/> Otros:			
FIRMA Y SELLO ACARATORIO PROFESIONAL			MATRICULA N°
TOTAL RECETA A CARGO AFILIADO A CARGO O. SOCIAL			
TROQUEL 1		TROQUEL 2	
TROQUEL 3		TROQUEL 4	
TROQUEL 5		TROQUEL 6	